

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 18 mai 1895, à 1 heure

Par LARGEAU (ROBERT-LOUIS)

Né à Aulnay (Charente-Inférieure) le 13 mai 1862.

DE LA SCLÉRITE RHUMATISMALE DIFFUSE

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. CORNIL, professeur.

MARIE,

BRUN,

} *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 18 mai 1895, à 1 heure

Par LARGEAU (ROBERT-LOUIS)

Né à Aulnay (Charente-Inférieure) le 13 mai 1862.

DE LA SCLÉRITE RHUMATISMALE DIFFUSE

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. CORNIL, professeur.

MARIE,
BRUN,

} *agréés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	SÉE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJÉRINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

A côté de l'épisclérite se traduisant par un ou plusieurs boutons et des sclérites profondes se terminant par amincissement scléral et staphylomes, il existe des cas où l'inflammation de la sclérotique revêt une forme toute particulière.

Nous voulons parler des cas où l'on a affaire à des sclérites aiguës, diffuses, douloureuses, superficielles qui évoluent sans laisser de traces. Ces affections sont par conséquent d'un pronostic beaucoup plus favorable que les sclérites profondes ou scléro-choroïdites antérieures qui elles se terminent toujours en laissant des altérations définitives de la sclérotique. Nous ne voulons cependant pas nier qu'il ne puisse y avoir quelque lien de parenté entre ces sclérites aiguës et la scléro-choroïdite antérieure. Nous montrerons seulement que ces sclérites diffuses forment une espèce clinique importante à connaître au point de vue du pronostic. En effet, ce dernier est beaucoup plus favorable pour la vision dans les cas de sclérite diffuse que dans les cas de scléro-choroïdite antérieure.

Au point de vue étiologique ces sclérites sont, dans la grande majorité des cas, nettement liées à la diathèse rhumatismale; aussi le traitement doit-il s'adresser, d'une part à l'élément douleur, et de l'autre à la diathèse pour empêcher les récives si fréquentes dans cette maladie, ainsi d'ailleurs que dans toutes les autres affections dépendant du rhumatisme.

Avant d'entrer dans la description de la maladie, nous allons, pour plus de clarté, donner de suite toutes les observations que nous avons pu rassembler.

Nous ne terminerons pas cette introduction sans remercier vivement M. le Dr Rochou-Duvigneaud, chef de clinique de M. le Professeur Panas, de nous avoir non seulement inspiré le sujet de notre thèse, mais encore de nous avoir, avec la plus grande obligeance, toujours guidé et conseillé dans l'exécution de ce travail.

Nous remercions M. le Professeur Panas d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et nous tenons à lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour le savant enseignement dont nous avons profité en suivant son service et en écoutant ses leçons.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

M. L... maçon, 50 ans.

Père et mère morts. Ils n'ont jamais présenté d'accidents rhumatismaux.

Comme antécédents personnels n'a eu aucune maladie jusqu'à l'âge de 47 ans. A cet âge le malade eut ses premières douleurs articulaires et depuis il ne s'est presque pas passé de mois sans que le malade ne souffre un peu, il a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Il y a un an et demi il est allé à la Bourboule pour soigner ses rhumatismes, il n'a retiré aucun avantage de son traitement.

A la même époque il a commencé à remarquer que son œil devenait rouge après chaque attaque de rhumatisme, mais cette rougeur ne s'accompagnait d'aucune douleur. Depuis ce moment il eut pareille rougeur au moins dix fois et cela toujours après une attaque de rhumatisme.

Ce ne fut que vers le 15 mars 1895 que L... eût de la rougeur de la sclérotique s'accompagnant de douleurs périorbitaires, assez faibles les premiers jours ; ces douleurs survenaient surtout la nuit ou le matin de bonne heure.

Depuis le 20 mars les douleurs périorbitaires ont augmenté considérablement et non seulement elles s'étendent au pourtour de l'orbite, mais elles ont gagné la région massétérine, gênant beaucoup la mastication.

Dans la nuit du 22 les douleurs augmentent et vers 4 heures du matin la douleur devient terrible et cause une insomnie absolue. Ce jour il entre consulter à l'Hôtel Dieu. Son œil présente l'état suivant : Il existe un chémosis rougeâtre avec larmolement sans aucun écoulement muco-purulent, ce chémosis occupe toute la $1/2$ circonférence inférieure de la conjonctive, du cul-de-sac au bord de la cornée qu'il en chasse exactement. La moitié supérieure du globe est rougeâtre sans chémosis.

Des pinguéculas volumineux tranchent comme de larges triangles

blanchâtres sur la conjonctive. La sclérotique est légèrement sensible à la pression.

La pupille réagit parfaitement et l'iris a tout son brillant, en somme absolument aucun phénomène de congestion du côté de l'iris.

Le fond de l'œil et les milieux transparents sont absolument normaux.

Il y a eu sur l'œil gauche au moins 10 attaques. Le malade ne croit pas que le froid ait été la cause occasionnelle de ces attaques. Les mouvements du globe sont douloureux quoique libres, la convergence est douloureuse.

Traitement.— Des cataplasmes chauds, changés toutes les 20 minutes, recouverts de taffetas gommé pour empêcher la déperdition trop rapide de la chaleur. En plus, on prescrit une ventouse scarifiée à la tempe.

23 mars. — Les douleurs sont très fortes pendant la nuit malgré le traitement.

Le jour suivant, les douleurs s'amendent grâce aux cataplasmes chauds continués avec persistance, pendant la nuit elles reparaissent, mais moins fortes. Le traitement par compresses chaudes est toujours continué. Le malade se présente à la clinique le 26 mars. L'œil présente l'aspect suivant. Le chémosis a disparu, la rougeur diffuse de la sclérotique est beaucoup moins intense. Il y a une très légère infiltration cornéenne dans le quart supérieur qui est très probablement due à un léger degré d'œdème de la cornée. Il y a toujours un peu de douleur à la pression, mais la douleur occasionnée par les mouvements du globe et par le fait de fixer a presque entièrement disparue.

En somme le malade est extrêmement amélioré.

Le malade revient encore le surlendemain, il ne souffre plus et la rougeur de la sclérotique a beaucoup diminué. A partir de ce moment le malade ne souffrant plus n'est plus revenu à l'Hôtel-Dieu.

La guérison définitive a dû se produire quelques jours plus tard. Cette attaque de sclérite rhumatismale diffuse avait été précédée ainsi que nous l'avons dit de dix autres qui toutes s'étaient terminées par résolution complète. C'est pourquoi il n'y a pas lieu de s'étonner que le malade, habitué à l'évolution de ses attaques de sclérite et ne souffrant plus, ne se soit nullement inquiété de la rougeur qui a dû persister encore quelques jours (1).

(1) Ce cas de sclérite rhumatismale diffuse a été l'objet de la part de M. le professeur Panas, d'une leçon clinique des plus intéressantes dont nous reparlerons aux chapitres, diagnostic et traitement.

OBSERVATION II (Recueillie par M. le Dr ROCHON-DUVIGNEAUD).

Madame X..., âgée de 42 ans a eu un père diabétique mort subitement et une mère goutteuse et nerveuse. Comme antécédents personnels fréquentes attaques de faux croup dans l'enfance et souvent des épistaxis.

A 24 ans, un an après un premier accouchement Madame X... a eu une névralgie très douloureuse et rebelle du petit sciatique, et vers l'âge de 30 ans quelques accidents d'entéralgie. Elle a eu en même temps de l'arthrite sèche très prononcée des genoux, des coudes et des épaules. Un peu plus tard, fausse métrite avec pertes séreuses intenses, reconnues par le professeur Potain comme des accidents de rhumatisme viscéral, elle fut guérie par un traitement à Luchon.

Madame X... n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, mais souvent des crises de douleurs articulaires durant 8 et 15 jours, elle fut très soulagée par deux saisons à Aix-les-Bains. Madame X... souffrait en plus de névralgies occipitales terribles.

En mai 1891, la malade contracte une diphtérie bénigne. Un mois après, guérison de celle-ci. — Après une nuit de douleurs occasionnées par une exposition à un vent froid, le mari de la malade, médecin, constate que l'œil droit est proéminent. Appelé, le professeur Panas diagnostique une ténonite. La malade est envoyée à la campagne, mais subit de ce voyage une aggravation extrême. On remarquait comme symptômes un hémosis séreux couleur de chair d'anguille sans trace d'inflammation, des mouvements de l'œil très douloureux et très limités, des douleurs continues avec des exacerbations terribles provoquant même des cris. Cet état dure 15 à 20 jours.

A ce moment une grossesse, l'accouchement eut lieu le 26 janvier 1893. Le repos rhumatismal fut complet pendant cette grossesse. Quinze jours après l'accouchement il survint une deuxième attaque de ténonite sans cause occasionnelle. Cette ténonite fut traitée très énergiquement par le salicylate de soude, au point même de provoquer des phénomènes toxiques. Le salicylate fit cesser les douleurs oculaires. La durée totale de cette affection fut en tout de trois semaines, il y avait des douleurs continues, mais les crises furent moins violentes que dans la première attaque de ténonite.

Entre cette deuxième attaque et la dernière (15 décembre 1893), il y a toujours eu une douleur sourde dans le fond de l'orbite et la malade est sensible aux moindres courants d'air.

La troisième attaque eut lieu le 15 décembre 1893, elle débuta progressivement par des douleurs prises pour une névralgie et traitées

pendant deux jours par les pilules Moussette sans aucun résultat. Les sensations éprouvées par la malade étaient différentes de celles des attaques précédentes ; il n'y avait rien encore du côté de l'œil.

Après une journée de malaises, le soir au théâtre les douleurs augmentent et le lendemain la malade est en pleine attaque aiguë.

L'œil est très légèrement exophtalme, immobilisé par la douleur, la paupière supérieure à demi fermée. Toute la région supérieure de la sclérotique visible est le siège d'une tuméfaction peu prononcée, sans limites précises, d'une couleur livide et pâle. La couleur plus ou moins foncée de la sclérotique malade était masquée par la conjonctive non injectée mais rendue opalescente par un léger chémosis. La partie inférieure de la sclérotique reste normale, l'iris est intact, la pupille a toute sa vivacité et la cornée est absolument normale.

Tout mouvement des yeux, tout essai de fixation était douloureux au point que la malade restait les paupières baissées, les yeux immobiles, cherchant à suppléer par les mouvements de la tête aux mouvements si pénibles de l'œil.

L'examen ophtalmoscopique n'a jamais montré que des milieux absolument transparents, un œil emmétrope et une papille normale sans staphylome.

C'était d'abord dans la région équatoriale du globe et toujours dans le segment supérieur que se manifestait la rougeur sclérale, comme s'il existait un foyer postérieur permanent dont l'extension intermittente amenait les exacerbations douloureuses et envahissait le segment antérieur de la sclérotique. C'est alors que cette membrane présentait l'aspect décrit plus haut, c'est-à-dire une coloration d'un rouge livide et pâle rappelant la couleur de l'injection périkeratique des iritis. Il y avait peu d'injection de la conjonctive qui était légèrement soulevée par le tissu épiscléral. Un léger chémosis enchassait exactement la cornée dans sa moitié supérieure, mais n'envahissait pas le segment inférieur. La douleur était extrêmement vive au toucher.

L'affection qui a duré depuis le 15 décembre 1893 et n'est entrée dans la phase de guérison que le 15 février 1894, a consisté en une série de crises horriblement douloureuses. Il y avait en outre une douleur profonde qui ne cessait jamais complètement dans l'intervalle des crises.

La maladie tout en restant caractérisée par des crises successives a eu une période de début d'intensité moyenne du 15 décembre au 15 janvier, une période d'exacerbation du 1^{er} au 18 janvier et enfin une période de décroissance de cette date à la fin du mois suivant.

Chaque crise débutait par une douleur violente siégeant au fond de

l'orbite avec sensation de tension du globe et d'exophtalmie qui pourtant restait minime. Ces douleurs terribles que rien ne calmait d'une façon efficace, qui faisaient naître des idées de suicide chez une malade très courageuse, allaient crescendo, jusqu'au moment où une poussée de chémosis se produisait ce qui était le signal d'une sédation des douleurs.

Malgré cette apparence d'inflammation intense de la sclérotique et la répétition de ces attaques, la cornée, l'iris, la choroïde, le vitré, la rétine, en un mot toutes les autres parties de l'œil sont restées parfaitement indemnes à tous les points de vue au milieu de cet aspect si grave de la sclérotique. Le tonus oculaire n'a jamais été modifié à aucun moment.

Traitement. — Les pilules Moussette se montrèrent inactives contre les névralgies du début. Des compresses chaudes employées d'une façon non méthodique ne produisirent qu'une amélioration passagère. Les douches oculaires furent reconnues mauvaises comme pas assez chaudes et trop humides. Le Jaborandi à la dose de 2 gr. 5 donné en infusion pendant 3 jours coïncida avec une amélioration, puis il y eut une récédive. Ensuite la teinture alcoolique de colchique à la dose de 1 à 2 grammes dans de la tisane fut essayée méthodiquement pendant plusieurs jours sans résultats. L'antipyrine, prise par doses de 1 gramme et jusqu'à 4 grammes par 24 heures, donnait 2 heures de repos relatif permettant de dormir un peu.

Le chlorhydrate de morphine, à la dose de 2 centigrammes donné de la façon suivante : d'abord une dose de 12 milligrammes, puis 3 heures après une dose de 8 milligrammes, ne produisait qu'un état soporeux pénible sans calmer la douleur. Il déterminait de plus une hyperacausie extraordinaire.

Tous les collyres employés, cocaïne, etc. ne faisaient qu'augmenter la gêne ; divers liniments analgésiques périorbitaires furent vainement employés.

A partir du 10 janvier on institua un traitement méthodique par les cataplasmes de farine de lin. On employait de petits cataplasmes, très légers, grands comme l'orbite, aussi chauds que possible (mais éviter les brûlures) et seulement maintenus en place par la main de la malade. Ces cataplasmes changés toutes les 8 minutes, furent employés d'abord 3 heures le matin et 3 heures le soir, plus tard par suite de l'amélioration 2 heures le matin et 2 heures le soir et enfin 1 heure le matin et 1 heure le soir. En même temps tous les jours on donnait 3 grammes de salicylate de soude dont 2 grammes en lavement et 1 gramme par l'estomac. Malgré l'amélioration passagère produite par la chaleur intense, l'affection résista encore une quinzaine de jours,

même une rechute se produisit au bout de 8 à 10 jours. Enfin vers le 25 janvier survint une amélioration progressive. La malade ne put cependant commencer à reprendre la vie commune que vers le 15 février et encore avec beaucoup de précautions.

Depuis la guérison, des douleurs supportables du fond de l'œil persistent constamment avec des douleurs névralgiques. La malade qui a continué avec la plus grande régularité le traitement suivant : 3 jours de salicylate de soude, 3 jours d'iodure de potassium, 3 jours de repos, a néanmoins une amélioration progressive, bien qu'il y ait encore une certaine sensibilité et une fatigue oculaire rapide. Il n'y a aucune modification de l'aspect du fond de l'œil qui est resté normal pendant toute la maladie. Il n'y a pas non plus de modifications dans la réfraction.

OBSERVATION III (Extraite du *Journal d'oculistique et de chirurgie* du Dr FANO, tome I, 1873-74. Article intitulé : De la scléro-choroïdite rhumatismale).

Le 10 septembre 1873, le Dr X..., habitant le département de l'Yonne, faisait écrire au Dr Fano la lettre suivante :

Je suis âgé de 69 ans, d'un tempérament sanguin et j'ai conservé toute mon activité. Depuis mon adolescence, j'ai souffert parfois de douleurs vagues de rhumatisme. Pendant plus de vingt-cinq ans, j'ai eu une affection rhumatismale du cœur et j'étais presque asthmatique.

En 1866, après une saison à Saint-Honoré-les-Bains, les accidents disparurent. Au mois de mars suivant, eczéma généralisé qui cède à une nouvelle saison à Saint-Honoré ; mais alors, douleurs rhumatismales aux membres inférieurs et à la région lombaire.

Depuis plus de deux mois, je suis atteint d'une conjonctivite du grand angle de l'œil gauche ; conjonctivite qui s'est développée spontanément, j'en souffrais peu, j'ai appliqué quatre sangsues à la tempe, autant au bas de l'oreille, sans aucune amélioration. Des topiques émollients et réfrigérants, des collyres au sulfate de zinc, au nitrate d'argent n'ont fait qu'exaspérer le mal. L'injection de la conjonctive est restée circonscrite, et plus tard la région du grand angle a été débarrassée de toute hyperhémie ; mais alors le petit angle, la portion attenante de la conjonctive scléroticale, le cul-de-sac supérieur de la conjonctive ont été envahis. Ces parties sont sensibles au toucher, et l'affection a cela de particulier, que ce sont en quelque sorte de larges taches non continues, ressemblant plutôt à une congestion locale qu'à une inflammation réelle. La cornée ne présente aucune altération. La muqueuse n'est pas granuleuse, il n'y a qu'une faible trace de chémosis. La sensation la plus douloureuse est celle qui est produite par le frottement

des deux muqueuses l'une sur l'autre ; alors, il y a des douleurs lancinantes dans les régions sus-orbitaire, temporale et dans le sinus maxillaire. Les muscles droits supérieur et externe sont douloureux et comme contusionnés, quand je remue le globe. L'application des yeux à la lecture ou l'écriture détermine, au bout de quelques instants, de fortes douleurs dans le fond de l'orbite.

J'ai quelques bonnes nuits ; d'autres fois, celles-ci sont insupportables. Cela dépend de l'exercice auquel j'ai soumis l'œil gauche, dont la vision n'est cependant pas troublée, et qui n'est pas atteint de photophobie. Depuis trois jours, je ressens des douleurs névralgiques et rhumatismales dans la région temporo-faciale. Tous les jours de onze heures à minuit, je suis pris de douleurs péri-orbitaires horribles. Le globe semble vouloir se projeter au dehors ou s'enfoncer profondément dans l'orbite. Ces accès nocturnes ont été arrêtés par le sulfate de quinine. Le reste de la journée, les douleurs sont supportables, surtout en instillant une goutte de glycérine additionnée de chlorhydrate de morphine.

Le Dr Fano diagnostiqua une affection rhumatismale pour le moment localisée dans la sclérotique, les muscles et les nerfs ciliaires de l'œil gauche et conseilla le traitement suivant :

Eviter tout refroidissement et l'exposition à l'humidité, ne sortir qu'en voiture fermée. Pratiquer sur le pourtour de l'orbite, matin et soir, une friction avec du baume Opodeldoch. Provoquer, toutes les nuits, une sudation abondante dans la même région, en recouvrant celle-ci de taffetas gommé et de flanelle. En même temps, prendre à l'intérieur de la teinture de colchique. Le 30 octobre suivant, le Dr X... dictait la lettre suivante :

Mes douleurs névralgiques sont calmées, j'ai encore dans le sinus frontal quelques réminiscences d'affection rhumatismale. Les taches sanguines de la sclérotique se sont notablement modifiées. Celle située à l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée a complètement disparu. Celle du petit angle offre encore quelques stries rougeâtres laissant voir la couleur blanche de la sclérotique dans leur intervalle. Je supporte la lumière, même à l'œil nu, pendant quelques instants. Je puis lire quelques lignes ou tracer quelques caractères à la plume, mais aussitôt des élancements douloureux m'avertissent de cesser cet exercice. J'ai fait usage de teinture de colchique à la dose d'un gramme par jour. Chose extraordinaire ! dans l'intervalle où je vous ai écrit et où j'ai reçu votre réponse, j'ai été repris d'un eczéma dans les extrémités inférieures. Cet eczéma disparaît, comme le reste, à la suite du traitement auquel vous m'avez soumis. Ma santé générale est bonne.

Le sommeil est assez calme ; seulement, la pression du côté affecté sur l'oreiller est toujours douloureuse.

Enfin, le 27, le docteur X... écrivait lui-même :

J'ai le plaisir de vous annoncer que, grâce à vos savants et excellents conseils, je vais aussi bien que possible ; je puis lire une partie de mon journal ; écrire mes prescriptions médicales. Je repose la nuit, je n'ai plus de douleurs et mon œil a perdu presque toute sa rougeur.

OBSERVATION IV (Extraite du *Journal d'oculistique et de chirurgie*
du Dr FANO, 1^{re} année).

M. V..., âgé de 50 ans, menuisier, se présente à la Clinique le 25 mars dernier.

Il est sujet depuis de longues années à des douleurs rhumatismales vagues dans les articulations des membres. Depuis quinze jours, il a des accès de névralgie ciliaire à gauche, de six à huit heures du soir.

On constate que la moitié supérieure de la conjonctive scléroticale gauche présente une injection en forme de réseau. Cette injection paraît violacée sur un fond rose. Aucune altération, ni de l'iris, ni de la pupille, ni des milieux réfringents, ni des membranes profondes de l'œil. Frictions sur l'orbite avec le liniment ammoniacal camphré. Poudre de Dower 0 gr. 50 avant de se coucher.

19. — Quatre jours après l'institution de ce traitement, l'injection de la conjonctive scléroticale a notablement diminué. La teinte rosée et la plaque violacée de la sclérotique sont notablement amoindries. Les douleurs névralgiques de l'œil ont presque totalement disparu. Même traitement.

27. — Il ne reste que quelques vaisseaux sur la moitié supérieure de la sclérotique. Les douleurs ne sont pas revenues.

1^{er} avril. — Il n'y a plus qu'une teinte générale d'un rouge jaunâtre sale dans la portion de la moitié supérieure de la sclérotique attenante à la cornée. Les douleurs n'ont pas reparu. Cessation de tout traitement.

5. — La guérison reste confirmée.

OBSERVATION V (Extraite du *Journal d'oculistique et de chirurgie*,
du Dr FANO, 1^{re} année. — Résumée).

G... âgé de 32 ans, marchand de fruits en gros, n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Il couche dans une chambre exposée au nord-ouest. Il se lève, en toutes saisons, à quatre heures du matin pour se rendre aux Halles centrales ou son commerce l'appelle.

Au commencement d'avril, sans cause appréciable, la portion de conjonctive scléroticale avoisinant la caroncule de l'œil gauche a commencé à rougir. Cette rougeur a augmenté peu à peu. Dix jours plus tard G... a commencé à ressentir des douleurs continues dans l'œil gauche et la région périorbitaire correspondante. Ces douleurs vont en augmentant, les mouvements de la mastication les exaspèrent au point que le malade préfère s'abstenir de nourriture. L'action de fixer un objet augmente aussi les souffrances de l'œil.

Il existe sur la conjonctive scléroticale de l'œil gauche une plaque d'un rouge carmin, s'étendant depuis le repli semi-lunaire jusqu'à 2 millimètres de la circonférence interne de la cornée. La sclérotique présente une teinte rose en partie cachée par l'injection de la conjonctive. Le simple frottement de la paupière supérieure sur la partie injectée de la sclérotique est très douloureuse. La vue est aussi bonne à droite qu'à gauche. (Frictions sur l'orbite gauche trois fois par jour, avec un liniment à l'huile de camomille additionnée de camphre et d'ammoniaque).

Le lendemain l'injection a diminué. Il y a aussi moins de douleurs (même traitement).

18. — L'injection s'est encore amoindrie. La pression sur l'œil est moins pénible. Les douleurs orbitaires sont moins fortes (même traitement).

19. — G... sort de chez lui par un temps froid sans prendre la précaution de se couvrir l'œil, aussi dans la nuit il se manifeste de violentes douleurs qui durent jusqu'à trois heures du matin. Le lendemain il sort en se couvrant l'œil et les douleurs ne reviennent pas.

22. — L'injection profonde de la sclérotique est devenue orangée (continuer les frictions avec le liniment. Prendre tous les soirs 60 centigrammes de poudre de Dower).

24. — Les douleurs reviennent très fortes, autour de l'orbite gauche et dans la partie interne de l'œil, de une à trois heures de l'après-midi.

25. — Retour des douleurs dans les mêmes points dans la journée pendant une demi-heure, puis durant toute la nuit.

26. — Persistance de l'injection à la partie interne de la conjonctive scléroticale. Je conseille, indépendamment du traitement déjà prescrit, de provoquer pendant la nuit une sudation abondante de la région orbitaire gauche, en couvrant celle-ci d'une couche d'ouate et de taffetas gommé. Cet expédient a plein succès.

28. — Toute douleur a disparu ; l'injection de la conjonctive scléroticale est réduite à 4 vaisseaux filiformes, et la teinte de la sclérotique est de couleur orange très pâle. Le frottement de la paupière supérieure

sur la partie injectée de la conjonctive ne provoque plus de sensation pénible.

Le 3^e mai, la guérison est confirmée.

OBSERVATION VI. — Extraite de la thèse de RENAUD. —
Paris 1876 (Résumée).

Madame V... domestique, 40 ans, a eu des antécédents rhumatismaux. Il y a 2 ans après refroidissement, fut atteinte d'une affection de l'œil avec névralgie, elle vint consulter le Dr Fano, qui diagnostiqua une sclérotite rhumatismale. La maladie fut rebelle au traitement par des frictions locales et à l'administration de poudre de Dower. La malade finit par cesser tout traitement, mais le mal ayant empiré elle se décida à revenir.

Le 8 mars 1876 nous la trouvons dans l'état suivant :

L'œil gauche présente une teinte générale gris bleuâtre, et sur laquelle se dessinent deux plaques rouges, couleur lie de vin ; l'une est située dans la moitié inférieure, l'autre dans la moitié interne. Il existe un peu d'œdème sous-conjonctival qui soulève légèrement la partie inférieure de la conjonctive.

Les autres membranes de l'œil sont saines.

Il existe dans la région périorbitaire correspondante et dans la région temporale des douleurs vives surtout le soir, et qui deviendraient, au dire de la malade, plus violentes au moment des règles. Les mouvements de l'œil ne sont pas douloureux. Comme traitement frictions avec l'huile de camomille camphrée additionnée d'ammoniaque, et poudre de Dower à la dose de 0,50 centigrammes chaque soir.

10. — Amélioration sensible, douleurs ont disparu et l'injection est moins intense. Même traitement.

18. — Guérison à peu près complète.

5 avril. — Depuis quelques jours la malade, a été reprise de douleurs dans la région temporale et sus-orbitaire. Les deux plaques signalées plus haut ont repris une coloration foncée ; celle de la moitié inférieure surtout est fortement hyperémiée. Elles sont douloureuses à la plus légère pression. Les mouvements de l'œil, en bas et en dedans, sont aussi très douloureux, ainsi que la lecture ou la simple application de la vue. Pas de sécrétion anormale. Même traitement.

La maladie s'améliore de nouveau, les douleurs disparaissent, et l'hyperémie des deux plaques vasculaires diminue ; aujourd'hui la malade est à peu près guérie. Elle a cessé ses visites.

OBSERVATION VII. — RENAUD, Thèse pour le Doctorat, 1876,
Essai sur la sclérotite rhumatismale. (Résumée).

Madame G... 42 ans, concierge, logement humide au rez-de-chaussée. Elle fut atteinte en 1874, de douleurs rhumatismales, dans les articulations et les membres.

27 mars. — En rentrant chez elle par un vent froid, elle s'est sentie mal à l'aise et elle fut prise presque aussitôt de douleurs oculaires et périorbitaires du côté droit. Le lendemain apparaissait sur l'œil une tache rouge.

30. — La moitié supérieure de l'œil droit présentait au niveau de l'insertion du muscle droit supérieur une plaque violacée, couleur lie de vin, formée par une injection de la conjonctive et par une injection plus profonde de la sclérotique. La cornée est saine ; pas d'injection de la caroncule ni du repli semi-lunaire, pas plus que de la conjonctive palpébrale.

Les mouvements de l'œil ne sont pas douloureux, légère douleur à la pression, larmoiement.

Les douleurs oculaires et périorbitaires, qui ont été très vives les deux premiers jours, ont diminué (Traitement : frictions toutes les trois heures avec le liniment : huile de camomille 30 grammes ; camphre 4 grammes, ammoniaque liquide 4 grammes).

1^{er} avril. — Coloration un peu plus prononcée de la plaque. Les douleurs vont en diminuant ; mais la malade en accuse de nouvelles provoquées par le mouvement forcé de l'œil en bas. Même traitement.

4. — La plaque a pâli. Plus de douleurs periorbitaires.

10. — Amélioration lente. Encore quelques douleurs. Même traitement.

La malade continue à venir tous les trois ou quatre jours montrer son œil, la plaque après avoir pâli semble stationnaire. Il n'y a plus aucune douleur. Mais cette femme est concierge elle s'expose souvent au froid et habite un logement humide. Toutes ces conditions défavorables semblent contrebalancer l'effet du traitement.

OBSERVATION VIII. — PRIVÉ, Thèse de Doctorat, 1881, Paris (Résumée).

Madame R..., âgée de 32 ans, femme de chambre, se présente à la clinique du Dr Fano le 23 septembre 1880.

Elle ne se rappelle aucune personne de sa famille ayant souffert de douleurs rhumatismales, mais elle-même a été atteinte à plusieurs reprises de douleurs aiguës dans les articulations fémoro-tibiales et scapulo-humérales. Pas de lésion cardiaque. Elle habite un appartement

humide où le soleil ne pénètre jamais. La malade ne se rappelle pas avoir reçu de courant d'air froid. Menstruation régulière.

Le 20 septembre, après avoir cousu et veillé une partie de la nuit, elle a éprouvé quelques douleurs dans la région oculo-temporale. Elle s'est alors aperçue que le blanc de son œil était rouge. Pendant trois jours aucun traitement ; mais les douleurs de la région oculo-temporale augmentent, deviennent lancinantes et s'exaspèrent pendant la nuit. Enfin tout travail lui étant devenu impossible, c'est alors le 23 septembre qu'elle vient consulter.

Etat actuel. — L'œil gauche présente en dehors de la partie supéro-externe de la demi-circonférence externe de la cornée une plaque d'un rouge violacé formée par un réseau très fin de petits vaisseaux anastomosés entre eux. A mesure qu'on se rapproche du cul-de-sac oculo-palpebral de la conjonctive on ne constate plus d'injection anormale. La cornée est saine. L'iris se contracte normalement et la pupille est très régulière.

La pression de l'œil avec le doigt arrache un cri de douleur à la patiente. Elle lit parfaitement le n° 1 de l'échelle de Gœger, mais l'effort qu'il lui faut faire pour arriver à la convergence de ses deux axes visuels sur les lignes à déchiffrer, lui causent une sensation excessivement pénible. Lorsqu'on lui fait suivre de l'œil le doigt promené rapidement d'une extrémité à l'autre du champ visuel, les douleurs deviennent intolérables. Pendant la nuit les douleurs tantôt sourdes, tantôt lancinantes, toujours profondes irradiant vers la tempe.

L'œil droit est resté sain.

Pas de larmoiement, pas de sécrétion muco-purulente. Pas de photophobie. De temps en temps il y a une sorte de spasme des paupières.

On reconnaît une inflammation de la sclérotique, du tissu cellulaire épisléral et de la membrane de Ténon avec une hyperémie partielle de la conjonctive consécutive. Les mouvements douloureux de l'œil indiquent aussi une fluxion du côté des muscles moteurs. Du reste les antécédents bien nets du rhumatisme mettent hors de doute la nature de l'affection.

On recommande à la malade d'appliquer sur son œil un bandeau de flanelle recouvert de taffetas gommé. On lui prescrit de pratiquer 3 fois par jour des frictions sur l'orbite avec le liniment :

Huile de camomille.	30 grammes
Camphre.	} à 4 grammes
Ammoniaque liquide	

Elle doit prendre aussi 60 grammes de sirop de cuisinier dans de la tisane de bourrache.

25. — La malade accuse un soulagement notable, l'état de l'œil est resté stationnaire. Même traitement.

27. — La malade s'étant exposée à l'air a passé une mauvaise nuit; on lui prescrit 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

30. — Les douleurs sont calmées, l'injection de la conjonctive et l'injection péri-kératique diminuent. La plaque violacée reste sensiblement dans les mêmes conditions. On supprime le sulfate de quinine et on continue le premier traitement.

Le 2 octobre les douleurs ont cessé. Il ne reste plus qu'une faible rougeur de la sclérotique. La malade n'a pas reparu depuis.

OBSERVATION IX. — PRIVÉ, Thèse de Paris, 1881 et *Journal d'ophtalmologie et de chirurgie de FANO, 1881-82* (Résumée).

Madame D..., âgée de 22 ans, sans profession, se présente à la clinique du Dr Fano le 25 octobre 1880. Personne dans sa famille n'a eu de rhumatismes. Mais elle a souffert il y a 6 mois d'un torticolis qui lui a duré trois jours. Avec quelques douleurs vagues dans les membres c'est le seul antécédent diathésique qu'on puisse retrouver chez elle. La malade ne se rappelle pas avoir reçu de courant d'air froid étant en transpiration. Menstruation régulière.

Madame D... se plaint de douleurs assez vives dans la région fronto-orbitaire gauche. On aperçoit alors sur la sclérotique gauche au voisinage de la demi-circonférence inférieure de la cornée, une plaque rouge violacée large d'environ un centimètre, haute de 5 millimètres. Le bord supérieur de la plaque confine à la circonférence de la cornée, le bord inférieur se continue avec quelques vaisseaux provenant du cul-de-sac conjonctival. Les vaisseaux sont fins et en réseau. La cornée n'a pas changé d'état, l'iris est sain, la pupille régulière.

La pression des paupières sur l'œil et l'impression du doigt sont douloureuses. La lecture est pénible. Les mouvements oculaires sont presque impossibles tant la malade craint d'exaspérer ses souffrances. La nuit surtout a été mauvaise. Pas de photophobie, pas de larmoiement. Léger clignotement des paupières par intermittences. L'œil droit est sain. On prescrit à la malade de coucher dans une chambre exposée au midi, de pratiquer des onctions sur l'orbite avec le liniment ammoniacal camphré; un bandeau de flanelle recouvert de taffetas gommé doit être appliqué sur l'œil. Enfin la malade prendra 30 grammes de sirop de cuisinier dans une tisane sudorifique.

28. — Les douleurs ont été moins intenses. Cependant nous observons une légère injection péri-kératique de vaisseaux fins et droits recouvrant la plaque violacée primitive. Même traitement.

30. — La plaque vasculaire scléroticale a pâli considérablement. Les douleurs moins intenses persistent cependant la nuit. — Sulfate de quinine 0 gr. 50.

9 novembre. — La plaque est presque invisible. Les douleurs ont cessé complètement ; la lecture et la couture sont redevenues possibles.

OBSERVATION X. — PRIVÉ, Thèse de Paris, 1881 (Résumée).

M. R..., 29 ans, garçon marchand de vins, entre le 22 février à l'Asile national de Vincennes, convalescent d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. C'est la troisième fois depuis l'âge de vingt ans qu'il est pris de douleurs articulaires.

1^{er} mars. — J'observe sur le diamètre horizontal de la cornée gauche prolongé à un millimètre en dehors de la membrane transparente une plaque vasculaire violacée paraissant siéger dans la sclérotique. La conjonctive n'est pas injectée. Le malade ne souffre pas.

3. — R... se plaint de quelques douleurs vagues dans l'œil irradiant vers la région temporale. La plaque violacée n'a pas changé d'état. On lui fait mettre un bandeau de flanelle.

4. — Les douleurs se sont un peu apaisées, mais j'observe sur le prolongement du diamètre vertical de la cornée droite une plaque vasculaire semblable à celle de l'œil gauche ; du reste aucune douleur de ce côté. Baume Opodeldoch en embrocation sur les orbites.

5. — La nuit a été mauvaise, les douleurs ont été exaspérées de onze heures du soir à deux heures du matin. Sulfate de quinine 50 centigrammes.

6. — Le malade avoue qu'il a quitté son bandeau de flanelle. Les douleurs ont été moins vives, mais les conjonctives bulbaires droite et gauche sont soulevées, tuméfiées et voilent une partie des bords de la cornée.

Le malade garde la chambre, on lui remet le bandeau de flanelle recouvert de taffetas gommé et on lui administre 50 centigrammes de poudre de Dower.

7 mars. — La nuit n'a pas été trop mauvaise, mais l'infiltration séreuse n'a pas diminué. On fait quelques scarifications sur les conjonctives.

8. — La nuit a été bonne, les conjonctives sont beaucoup moins infiltrées.

9. — La plaque violacée paraît plus élargie. Le malade sent quelques douleurs vagues dans les articulations. Un bain de vapeur.

12. — La plaque violacée pâlit, il n'y a plus de douleurs.

13. — Le malade demande à partir.

OBSERVATION XI. — LAWRENCE, *Diseases of the Eye*, 1830.

Un individu me consulta pour une violente affection rhumatismale, qui avait son siège au pied, au genou et à la main, avec une douleur assez vive au dos et une grande excitation générale. Les parties que je viens d'indiquer étaient tuméfiées, légèrement rouges et très douloureuses. Elles présentaient tous les signes extérieurs de ce qu'on appelle le rhumatisme goutteux. Un traitement antiphlogistique très actif, suivi de l'emploi du colchique et d'autres moyens fut promptement suivi de succès. Quelque temps après, ce malade m'appela, pour me dire qu'il souffrait des yeux sans trop savoir quelle en était la cause.

J'examinai ses yeux avec attention et je n'y pus rien découvrir. Mais bientôt la lumière devint insupportable. Quoique la conjonctive ne fut pas plus injectée, la sclérotique au contraire présentait un rouge livide comme voilé et dont la couleur terne et flétrie, contrastait singulièrement avec la rougeur éclatante de l'œil dans l'ophtalmie ordinaire. Les vaisseaux de cette membrane étaient partiellement injectés ; la rougeur se terminait avant le contour de la cornée, de sorte qu'il y avait à la circonférence de cette membrane une zone blanchâtre, aussi régulière que si elle eût été tracée avec un compas. Tel était l'aspect de l'œil.

Le malade n'éprouvait pas de douleur quand il se dérobait à l'action de la lumière, mais le contact du jour lui devenait douloureux. Cet état dura deux ou trois mois sans que l'inflammation parut s'étendre aux autres membranes de l'œil. On eût recours aux sangsues, aux ventouses, aux vésicatoires, aux pilules de Plummer que l'on continua à la dose de 2 par jour pendant trois mois.

On essaya également le quinquina sans succès. Mais il est bon de remarquer que cette maladie d'ailleurs très opiniâtre, le devint encore davantage par la nécessité dans laquelle se trouvait le malade de se servir de ses yeux plus qu'il n'était convenable de le faire.

OBSERVATION XII. — AGUILAR BLAUCH, Pêrisclérite rhumatismale. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1882 (Résumée).

Madame H..., 52 ans, mère rhumatismale. Depuis cinq ans est atteinte de maladie des yeux particulièrement au printemps et à l'automne. Cette maladie débute par une douleur localisée à la région oculaire, elle frappe un seul œil ou les deux. Puis le jour suivant on aperçoit dans l'œil une rougeur qui va croissant ; cette rougeur s'accompagne d'une douleur qui gagne les parties voisines de l'œil. Les symptômes sont intermittents, tous les deux jours ils deviennent moins intenses. La guérison a généralement lieu en 15 jours.

Comme symptômes généraux la malade a eu de la douleur et de la tuméfaction dans l'articulation tibio-tarsienne.

Elle fut de nouveau atteinte le 3 janvier 1882, de sa maladie qui a commencé par une douleur oculaire. Au bout de deux jours la douleur est devenue tellement intense qu'elle force la malade à venir consulter.

État actuel. — On peut constater, à l'œil nu, une légère rougeur de l'œil droit avec boursouffure très peu marquée du bord libre des paupières. La conjonctive bulbaire est très injectée et gonflée ce qui empêche d'écarter les paupières. Ce gonflement a une teinte rougeâtre foncée et en même temps transparente ; c'est un vrai chémosis séreux. La partie externe plus boursoufflée recouvre en partie la cornée en se prolongeant jusqu'au fond du sac conjonctival.

L'injection et la rougeur proviennent du développement des réseaux capillaires.

Comme symptômes fonctionnels il faut dire que les douleurs sont quelquefois spontanées dans le globe et la région orbitaire, et viennent aussi à la suite d'une légère pression sur les paupières. De plus, il y a encore quelque photophobie plus ou moins intense, un larmoiement peu abondant et difficulté de refermer les paupières à cause du chémosis.

La cornée, l'iris et les membranes profondes de l'œil sont dans l'état normal.

On diagnostique une périscclérite rhumatismale. La maladie affecte un caractère de périodicité et chaque attaque ne dure que quinze jours environ.

OBSERVATION XIII. — Thèse pour le doctorat. MARMONTEIL :
Ophthalmie sous-conjonctivale, 1873 (Résumée).

Madame C., 45 ans, se présente le 9 septembre 1873 à la clinique du Dr Fano, avec une ophthalmie siégeant au niveau de l'insertion du muscle droit interne de l'œil droit.

Elle a été atteinte il y a six ans d'une attaque de rhumatisme articulaire.

Interrogée sur les circonstances au milieu desquelles son mal s'est développé, elle dit :

« Le 30 août, étant à la campagne, je fus obligée de coucher dans un lit placé près d'une fenêtre dont un des carreaux était cassé. Je me réveillai plusieurs fois pendant la nuit et je sentis très nettement qu'un vent assez fort frappait mon œil droit. Le matin à mon réveil j'avais la

paupière lourde, le blanc de l'œil était devenu rouge et j'éprouvais d'assez vives douleurs autour de l'orbite. »

Bientôt les douleurs s'accrurent ; l'œil présentait au niveau de l'insertion du muscle droit interne une injection, et un léger trouble de la cornée dans la partie avoisinante de l'injection. Intégrité de l'iris. Douleurs vives, pas de photophobie, pas de sécrétion muqueuse. Traitement : frictions avec liniment (Huile de camomille, camphre et ammoniaque).

15. — Amélioration sensible. La rougeur profonde a un peu pâli. La cornée conserve une légère teinte blanchâtre.

25. — La maladie est en voie de résolution. La cornée a recouvré sa transparence. Absence de douleurs.

2 octobre. — Guérison complète.

CHAPITRE PREMIER

Exposé historique.

Sans doute l'affection qui nous occupe n'est pas inconnue des cliniciens. Cependant sa description est presque absente des ouvrages classiques, ou se réduit à quelques mots, à quelques indications rapides, en général insuffisantes pour retenir l'attention. C'est ainsi que dans son récent *Traité d'ophtalmologie*, M. le Professeur Panas a surtout décrit l'épisclérite et la scléro-choroïdite antérieure, insistant peu sur la sclérite rhumatismale diffuse, mais dans une de ses dernières leçons cliniques il a magistralement traité ce sujet. Nous reparlerons d'ailleurs de cette clinique quand nous traiterons les questions du diagnostic et du traitement de la sclérite rhumatismale diffuse.

Nous trouvons seulement la description de l'épisclérite et de la scléro-choroïdite antérieure dans les traités d'Abadie, de Meyer, de Fuchs, de Græfe-Sœmisch. Cependant L. de Wecker à son chapitre de la capsulite dit avoir vu des cas où le chémosis allait jusqu'à la cornée et restait là longtemps sans que jamais les membranes internes fussent prises. C'était là, nous semble-t-il, un cas limite entre la ténonite et la sclérite-rhumatismale diffuse.

M. le Dr Galezowski a bien vu la maladie qui nous occupe et dit à propos de l'épisclérite : « Il est une autre forme d'épisclérite, non décrite par les auteurs et qui cependant est loin d'être rare. Ici l'épisclérite n'est pas localisée, mais s'étale sur toute la moitié inférieure ou supérieure du globe, auquel elle communique une teinte rouge vineuse. Elle s'accompagne de douleurs périorbitaires, de

larmolement et disparaît en six ou huit jours, ses récidi-
ves sont fréquentes et on la voit chez certains malades
revenir pendant quelque temps tous les mois, en conser-
vant toujours son caractère de rapide évolution. C'est là
une forme qu'on peut désigner sous le nom d'épisclérite
périodique ».

Le Dr Fano publie en 1873 et en 1881 dans le *Journal
d'oculistique et de chirurgie* quelques observations carac-
téristiques de sclérite rhumatismale, nous en avons cité
quelques-unes au début de notre travail.

Dans la thèse de Renaud en 1876 sur la sclérotite rhu-
matismale, nous trouvons à côté de cas très nets de sclérite
diffuse des cas de sclérite boutonneuse.

La thèse de Privé en 1881 sur le même sujet que celle
de Renaud est le meilleur travail d'ensemble sur la ques-
tion, seulement, pour lui, la sclérite rhumatismale diffuse
et l'épisclérite sont seulement des degrés de la même ma-
ladie.

Nous avons aussi trouvé une observation d'Aguilar
Blanch (*Recueil d'Opht.*, 1882) sur un cas de périscclérite
rhumatismale ; nous croyons que c'est là un cas de sclérite
rhumatismale diffuse, car nous y trouvons tous les symp-
tômes, c'est-à-dire : douleurs violentes, rougeur sclérale,
immobilité du globe, chémosis, tout cela coïncidant avec
un état parfaitement normal de tout le reste de l'œil.

Dans les anciens auteurs tels que : Bader, Power, Dixon,
Mackensie, Wharton Jones, Desmarres, Sichel, Vetch,
Travers, Weller, etc., il est difficile de s'y reconnaître car
sous les noms d'ophtalmie rhumatismale et de sclérite ils
ont décrit les états les plus divers, tels que : kératite, iritis,
irido-cyclite, glaucome, etc. Cependant il est juste de dire
que certains d'entre eux ont parfaitement vu et observé la
sclérite rhumatismale diffuse. Ainsi White-Cooper dans
un article intitulé : *Inflammation de la sclérotique* (*Annal.
d'oculist.*, t. 29) a donné une bonne description de la ma-

ladie dont nous nous occupons : « L'inflammation, dit-il, paraît beaucoup moins intense dans la sclérotique que dans la conjonctive pour un observateur superficiel, en effet au lieu de la teinte rouge cramoisie de la conjonctive, l'œil n'offre qu'une teinte diffuse rouge pâle, semblable à celle de l'œillet... Chaque fois que la sclérotique s'enflamme il existe une douleur profonde, pulsative, le globe oculaire semble à l'étroit dans l'orbite, il est sensible au toucher. La douleur n'est point bornée à l'œil mais s'étend jusqu'à la tempe où elle est contusive. Dans les cas graves tout un côté de la tête y compris l'occiput, le sourcil et la joue, devient douloureux. Cet état s'exaspère la nuit. Le malade est réveillé par un paroxysme de douleur qui s'accroît progressivement puis diminue aussi graduellement, cela se reproduit chaque nuit, de sorte que le malade harassé par la fatigue et le besoin de dormir redoute le moment de se coucher ».

Middlemore a aussi donné une description de sclérite rhumatismale qui prouve bien qu'il en avait observé plusieurs cas. Nous avons trouvé dans Lawrence (1830) l'observation d'un cas d'ophtalmie rhumatismale qui constitue pour nous un cas de sclérite rhumatismale diffuse bien caractérisé. Aussi avons-nous donné plus haut l'observation de ce cas.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

De toutes les descriptions des auteurs que nous venons de passer en revue et de l'étude des observations que nous avons pu recueillir, on peut dégager une série de symptômes permettant de caractériser cliniquement la sclérite rhumatismale diffuse.

La première chose qui attire l'attention du malade est soit une douleur sourde plutôt périorbitaire qu'oculaire, soit une rougeur de la sclérotique. Cette injection scléroticale étant un des caractères les plus importants de la maladie, nous allons la décrire le plus exactement possible.

COULEUR DE L'INJECTION. — L'injection de la sclérotique forme une plaque diffuse dont la couleur rouge livide et pâle a beaucoup de rapports avec la teinte de l'injection périkeratique des iritis. Pour White Cooper la coloration de la sclérotique peut être comparée à celle de « l'œillet ». On confondra difficilement le rouge livide comme voilé de la sclérite rhumatismale diffuse avec la rougeur plus éclatante des conjonctivites.

Ce qui fait que la plaque de sclérite paraît terne et flétrie c'est qu'elle est vue par transparence à travers la conjonctive légèrement injectée et chémotique. Il peut y avoir un chémosis intense comme après un traumatisme, mais ce chémosis est fugace et non pas tenace comme celui des affections profondes de l'œil (panophtalmie).

SIÈGE DE L'INJECTION. — Ces plaques livides diffuses n'envahissent pas en général la totalité de la sclérotique, mais se localisent soit à la partie supérieure, soit à la par-

tie inférieure ou aux côtés externe et interne de la sclérotique. Ces plaques peuvent se déplacer et sauter de la partie supérieure à la partie inférieure, de l'angle interne à l'angle externe de l'œil, ou inversement.

DOULEURS. — Deux sortes: douleurs spontanées et douleurs à la pression.

La lésion que nous venons de décrire s'accompagne de douleurs très généralement violentes. Non seulement le globe oculaire est le siège d'une douleur sourde, mais les douleurs les plus vives semblent avoir pour siège l'orbite et toutes les régions périorbitaires. Ces douleurs s'étendent même aux régions temporales et nasales, elles peuvent même dans certains cas gagner la région maxillaire et rendre la mastication très pénible. En résumé toutes les divisions de la 5^e paire sont quelquefois prises.

La douleur est pulsative et profonde, le malade a la sensation que son œil est projeté en avant alors même qu'il n'y a pas d'exophtalmie. Z. Laurenze a comparé ces douleurs à celles du début d'un abcès.

Pendant ces accès l'œil est extrêmement douloureux au toucher, le moindre contact, le plus léger frottement provoque des douleurs violentes.

Mais à côté de ces douleurs spontanées il y en a d'autres qui sont provoquées par l'action de lire ou d'écrire et même par le seul fait de fixer un instant. Alors le malade garde son œil le plus immobile qu'il le peut, préférant tourner la tête plutôt que de provoquer le moindre mouvement du côté de son œil. Les mouvements les plus douloureux sont surtout ceux qui entraînent l'œil dans la direction de la lésion.

Les douleurs ont pour caractère constant de s'exaspérer la nuit et cela à tel point qu'elles finissent par provoquer une insomnie des plus pénibles.

Dans la sclérite rhumatismale diffuse on observe rarement une photophobie réelle ; si le malade semble redouter

la lumière c'est qu'elle provoque des mouvements des muscles de l'œil et est ainsi l'occasion de douleurs.

Il y a en général peu de larmolement ; une sécrétion catarrhale de la conjonctive ne peut survenir qu'à titre de complication.

Ce qu'il y a d'étonnant c'est de constater qu'avec des symptômes aussi violents il n'y a absolument aucune trace d'inflammation des autres membranes de l'œil, la vision restant normale durant toute la durée de l'affection.

CHAPITRE III

Marche, durée, terminaison, complications, pronostic.

Ainsi que nous venons de le voir la sclérite rhumatismale diffuse s'annonce par un cortège de symptômes des plus caractéristiques. La maladie arrive rapidement à la période d'état, mais malheureusement elle peut rester longtemps stationnaire et ses récidives sont extrêmement fréquentes. Il nous est donc impossible de fixer une limite exacte à la durée de la maladie. Dans une observation l'affection est restée deux mois à peu près stationnaire, avec des alternatives en bien ou en mal. Dans d'autres observations la durée de la maladie fut tantôt d'un mois, tantôt de quinze jours. Les récidives sont toujours à craindre et une première attaque loin de prémunir contre une seconde constitue plutôt une prédisposition à de nouvelles attaques. La marche de l'affection est, ainsi que nous l'avons dit, assez rapide au début, mais la période de décroissance est souvent longue et malgré le traitement approprié il est souvent difficile d'abrégier la maladie qui semble se jouer de tous les efforts. Aussi faut-il être très réservé dans le pronostic et ne pas annoncer à son malade qu'il sera guéri à une époque déterminée.

Il est donc impossible de fixer même approximativement la durée d'une sclérite rhumatismale diffuse. Cependant par un traitement approprié on peut espérer en abrégier la durée et en atténuer les douleurs.

En revanche si le pronostic en tant que durée de la maladie est fâcheux, il n'en est pas de même en ce qui concerne le résultat final de l'affection. Dans les cas où il s'a-

git bien réellement de la sclérite rhumatismale diffuse, l'affection se termine dans un délai plus ou moins long par résolution complète, sans avoir entraîné de complications du côté de la cornée ou de l'iris et sans compromettre la vision. En effet, dans toutes les observations que nous publions nous n'avons pas trouvé une seule complication sérieuse. Mais le pronostic étant basé sur le diagnostic, nous y reviendrons quand nous parlerons de celui-ci.

CHAPITRE IV

Étiologie.

La maladie qui nous occupe est, d'après toutes les observations, d'origine rhumatismale. Dans tous les cas, en effet, on trouve des antécédents rhumatismaux. Quand on n'en trouve pas, comme cela se présente pour une de nos observations, cela prouve seulement qu'il y a des cas où la diathèse se manifeste d'abord sur l'œil, le diagnostic est alors plus difficile. Seulement dans cette observation nous trouvons comme cause déterminante de la sclérite diffuse l'exposition à un courant d'air froid et humide. Or on sait quelle est l'influence du froid humide comme cause provocatrice des manifestations du rhumatisme.

Les climats froids et humides seront donc une cause prédisposante, aussi voyons-nous les auteurs anglais donner de bonnes descriptions de la sclérite rhumatismale diffuse.

Pour la malade de notre deuxième observation, le séjour à Paris a été le signal de tous les accidents rhumatismaux, et elle se trouve toujours mieux pendant le séjour à la campagne.

Quant à l'influence des saisons elle se fait sentir dans une certaine mesure quoiqu'il n'y ait pas de règles fixes. C'est souvent en hiver ou au printemps que la sclérite rhumatismale se déclare ainsi d'ailleurs que les autres affections rhumatismales.

La sclérite rhumatismale diffuse attaque surtout les adultes, elle est très rare chez les enfants, nous n'en avons

/ trouvé aucun cas. C'est vers l'âge de 40 ans qu'on observe le plus grand nombre de cas.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence, quelques auteurs cependant affirment que le sexe féminin est plus prédisposé à cette affection. Nous ne pouvons trancher la question n'ayant pas de documents en nombre suffisant.

Est-ce que l'hérédité peut avoir de l'influence sur le développement de la sclérite rhumatismale diffuse ? Nous ne pouvons nous prononcer, cependant dans notre deuxième observation la mère de la malade était goutteuse et dans notre douzième observation la mère de la malade avait aussi présenté des accidents rhumatismaux. Dans nos autres observations nous n'avons pas trouvé d'antécédents héréditaires.

Certaines professions peuvent avoir une influence très réelle, ainsi toutes celles qui nécessitent une exposition au froid et à l'humidité. On a même incriminé celles qui demandaient une grande attention de la vue, comme celles de couturière, d'écrivain, etc... Somme toute l'influence professionnelle est très minime et souvent la maladie attaque des gens qui, en apparence du moins, mènent la vie la plus hygiénique.

La seule cause occasionnelle de la sclérite rhumatismale diffuse paraît être l'action du froid humide. En général on ne trouve rien autre chose et quelquefois même on ne trouve rien comme cause déterminante de l'attaque.

En effet, pour la malade de notre deuxième observation les moindres courants d'air froid provoquaient des crises douloureuses, tandis que le malade de notre première observation ne s'est jamais aperçu que le froid ait provoqué chez lui une attaque.

CHAPITRE V

Siège et nature de l'affection.

L'anatomie pathologique nous faisant défaut, nous ne pouvons dire d'une façon exacte en quoi consiste la lésion de la sclérite rhumatismale diffuse. Cependant au moyen de l'examen direct de l'œil et par l'observation des symptômes fonctionnels nous pouvons avec une presque certitude montrer le siège de l'affection.

A l'examen direct nous reconnaissons avec la plus grande facilité que la rougeur diffuse siège dans la sclérotique, en faisant glisser et en appuyant légèrement sur la conjonctive. Alors l'injection de cette dernière membrane disparaît et se déplace par rapport à l'injection rouge diffuse, située plus profondément, de la sclérotique. Dans la plupart des cas même on n'a pas besoin de faire cette petite manœuvre, la conjonctive n'étant pas ou étant à peine injectée. Mais la localisation de l'affection est très superficielle, d'où il résulte que jamais la sclérotique ne se trouve affaiblie comme dans la scléro-choroïdite antérieure et que d'autre part l'affection se déplace avec la plus grande facilité.

Nous avons vu que dans tous les cas de sclérite rhumatismale diffuse les mouvements de l'œil étaient douloureux, ce qui indique que nous devons trouver dans les muscles et dans les gaines musculaires le siège de ces douleurs. A ce propos quelques explications anatomiques nous semblent nécessaires, aussi ne pouvons-nous mieux faire que de citer ici la description de la capsule de Tenon par M. le professeur Panas (De l'inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire ou ténonite, *Arch. d'Opht.*, mai 1883):

« La capsule de Tenon nous a toujours paru comme un entonnoir fibreux, dense en avant, purement cellulaire en arrière, et traversé tout autour du globe par les six tendons des muscles moteurs de l'œil (les 4 droits et les 2 obliques) auxquels elle fournit autant de gaines complètes. De ces gaines celles destinées aux muscles droits sont les plus fortes. Etroites vers la jonction du tendon au corps charnu du muscle, elles s'élargissent et s'étalent à l'insertion scléroticale des tendons, au point que tout autour de la cornée, les gaines aponévrotiques voisines se confondent entre elles et s'unissent solidement avec la sclérotique d'une part et la conjonctive de l'autre. C'est là l'origine de l'épiscière des auteurs.

A mesure qu'on s'éloigne de ce point et qu'on se reporte en arrière, les diaphragmes intertendineux deviennent de plus en plus cellulaires et lâches au point de se confondre avec le tissu laminaire qui entoure le globe, auquel il constitue une véritable bourse de glissement.

C'est par là que le tissu cellulaire sous-conjonctival se continue avec celui qui remplit l'espace sous-ténonien.

Une injection de gélatine colorée au bleu de Prusse, poussée sous la conjonctive, parvient dans ce dernier espace et réciproquement, fait qui tend à prouver que dans le chémosis séreux sous-conjonctival le liquide, loin de rester cantonné, s'épanche également dans l'espace sous-ténonien et vice-versa ».

On voit donc que le globe de l'œil roule dans la capsule de Tenon et forme ainsi une véritable articulation, à tel point qu'on a pu qualifier la ténonite d'hyarthrose de l'œil.

L'espace sous-conjonctival et l'espace sous-ténonien communiquant, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'inflammation de la sclérotique antérieure puisse s'étendre au système de glissement de l'œil, c'est-à-dire à la bourse séreuse rétro-oculaire et provoquer ainsi une ténonite,

affection que M. le professeur Panas a heureusement qualifiée en lui donnant le nom d'hygroma de la bourse rétro-oculaire.

Maintenant est-ce que la sclérite précède la ténonite et en est-elle la cause occasionnelle ou est-ce l'inverse qui se produit ? Il est assez difficile de répondre à cette question, cependant si la sclérite rhumatismale diffuse s'accompagne presque toujours d'un certain degré de ténonité, il n'en est pas de même de la ténonite qui peut parfaitement évoluer sans provoquer de sclérite, ainsi que le prouve l'étude des symptômes qui différencient les deux maladies.

Mme X..., la malade de notre deuxième observation, a eu une attaque de ténonite très nette, une seconde moins nette et enfin une troisième attaque où la maladie ne pouvait plus être appelée ténonite mais seulement sclérite, cependant il y avait encore par moments un peu d'exophtalmie. Du reste quand on voit une sclérite diffuse à localisation antérieure s'accompagner d'un fort chémosis on se rend parfaitement compte que si l'affection qui se déplace si facilement devient postérieure il y aura exophtalmie, c'est-à-dire tout au moins l'apparence d'une légère ténonite. Mais dans la ténonite il y a peu de douleurs spontanées parce que l'œdème siège dans un tissu lâche, tandis que dans la sclérite il y a des douleurs terribles à cause de la densité du tissu de la sclérotique et de l'écrasement des nerfs qui sont inclus. On sait d'ailleurs les douleurs atroces qui sont provoquées par une inflammation ayant pour siège un tissu qui ne peut se dilater ou qui est entouré de tissus résistants comme les os. On peut donner comme exemples de ce fait, les furoncles du conduit auditif externe et les panaris, tournioles, etc.

Maintenant quelle est la nature de l'affection qui nous occupe ? Nous n'hésitons pas à répondre qu'elle est essen-

tiellement de nature rhumatismale. Tous les auteurs s'accordent à lui donner la diathèse rhumatismale ou arthritique comme origine. La sclérite rhumatismale diffuse présente bien, en effet, tous les caractères et toutes les allures des affections rhumatismales. Le rhumatisme se localise de préférence dans les tissus fibreux et les articulations, nous avons vu qu'elle se localisait à la sclérotique, membrane fibreuse, et qu'elle pouvait envahir le système de glissement de l'œil qui est une véritable articulation. Le rhumatisme est souvent dû à une exposition au froid humide, il se déclare surtout au commencement de l'hiver et au printemps ; tout cela coïncide bien avec ce que nous avons dit des causes occasionnelles de la sclérite diffuse, aussi ne peut-on douter de l'origine rhumatismale de cette affection.

Parmi les autres diathèses qui pourraient avoir une action sur la sclérotique nous citerons la syphilis. Nous avons trouvé plusieurs cas de gommes de la sclérotique, entre autres un cas de Higgens où le malade présentait 3 nodules à la partie supérieure de la sclérotique. Mais ainsi que nous le verrons au diagnostic on ne peut confondre ces manifestations de la syphilis avec celles du rhumatisme.

La blennorrhagie s'accompagnant de rhumatisme et même la blennorrhagie récente sans rhumatisme blennorrhagique provoque quelquefois du côté de la sclérotique une injection rosée périkeratique persistant longtemps sans iritis. En général il n'y a pas de douleurs. Cette injection sclérale, qui n'a aucun rapport avec l'ophtalmie blennorrhagique, se résout après un temps variable sans se compliquer en général d'iritis.

On peut se demander, ainsi que le disait M. le professeur Panas dans sa leçon clinique sur la sclérite diffuse, si ces plaques et ces poussées inflammatoires ne sont pas quelquefois dues à une endo-infection par absorption de

toxines. M. le professeur Panas cite l'observation d'une malade qui ayant une métrorrhagie voyait survenir des manifestations inflammatoires du côté de son œil chaque fois que son écoulement s'arrêtait.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Une des maladies les plus voisines de la sclérite rhumatismale diffuse est évidemment l'épisclérite, mais nous pouvons facilement la différencier d'avec la sclérite diffuse.

Tandis que la sclérite rhumatismale est caractérisée par une rougeur diffuse sans élévation, l'épisclérite au contraire est formée par un bouton ou saillie jaunâtre de la sclérotique. Il peut même y avoir plusieurs boutons comme dans les cas décrits par Darier (*Arch. opht.*, 1889) sous le nom de sclérite boutonneuse. Les douleurs dans l'épisclérite boutonneuse sont légères et même souvent existent à peine tandis que dans la sclérite rhumatismale elles forment le principal symptôme et sont remarquables par leur violence et leur résistance au traitement.

Mais il existe une autre maladie qu'on peut confondre avec la sclérite rhumatismale diffuse; cette confusion serait d'autant plus fâcheuse que dans un cas le pronostic est favorable tandis que dans l'autre il est défavorable; nous voulons parler de la scléro-choroïdite antérieure ou sclérite profonde de Fuchs.

M. le professeur Panas, dans sa leçon clinique du 22 mars 1895, a donné les signes différentiels suivants: « La scléro-choroïdite antérieure se distinguera surtout en ce qu'elle n'envahit jamais qu'un méridien de l'œil à la fois, elle se manifeste par une rougeur plus ou moins saillante qui dure des mois puis s'affaïsse et disparaît, il reste à la place une coloration bleuâtre caractéristique, une fois cette rou-

geur disparue il peut en survenir une autre à une extrémité opposée du méridien et ainsi cette affection peut faire le tour de la cornée. La scléro-choroïdite antérieure produit aussi des lésions du côté de la cornée qui devient opalescente, il se forme un feston périphérique, car à chaque rougeur correspond une opacité cornéenne, il reste alors sur la cornée des taches indélébiles. Il n'y a pas de chémosis dans la scléro-choroïdite antérieure. La choroïde et le corps ciliaire sont également pris. Cette affection se complique aussi de manifestation du côté de l'iris, il se forme de petites synéchies.

La sclérite diffuse n'atteint pas la choroïde, et elle laisse l'iris indemne, elle est diffuse de sa nature, toute la coque sclérale peut être enflammée simultanément. Il y a du chémosis dans la sclérite diffuse et pas dans la scléro-choroïdite antérieure ».

En résumé, la scléro-choroïdite antérieure débute toujours contre la cornée par une tache ou papule livide, peu ou pas douloureuse, tenace et fixe du moins pendant longtemps. Il y a peu ou pas de chémosis, pas de douleurs ou peu. Rapidement la cornée s'infiltré au contact de la plaque sclérale. Ce n'est que très lentement que l'affection fait le tour de la cornée.

La sclérite rhumatismale diffuse s'annonce par des douleurs ou tout au moins s'accompagne rapidement de douleurs vives ; la réaction inflammatoire est beaucoup plus vive, et il y a du chémosis. L'affection change rapidement de place, montre un défaut de ténacité qui fait très bien comprendre qu'il s'agit là d'une affection volante, superficielle, peu tenace. Elle est localisée fréquemment vers l'équateur ou assez loin de la cornée, car il ne faut pas prendre le bourrelet chémotique péricornéen pour la localisation exacte de la plaque sclérale. Tous ces symptômes font comprendre qu'il s'agit là de la forme diffuse, aiguë, n'ayant pas de complications et en effet, on voit la cornée

rester transparente, l'iris demeurer brillant et mobile. Tout cela confirme le diagnostic de sclérite diffuse.

Quant au diagnostic entre la ténonite et la sclérite diffuse, il est quelquefois assez difficile. Souvent un certain degré de sclérite entraîne avec elle un peu de ténonite. Dans la ténonite les douleurs spontanées si violentes de la sclérite diffuse n'existent pas, il y a seulement des douleurs à l'occasion d'un mouvement du globe oculaire.

Dans la ténonite peu de rougeur, au début on croit à un œdème de la conjonctive, comme dans l'albuminurie, dans la sclérite diffuse la rougeur est intense.

Nous venons de faire le diagnostic différentiel de la sclérite rhumatismale avec les maladies les plus voisines. Il ne nous reste plus que quelques mots à dire sur les autres affections oculaires qui pourraient être confondues avec la sclérite rhumatismale diffuse.

La conjonctivite sera toujours facilement reconnue, en effet, dans ce cas la sclérotique ne sera pas injectée, mais il y aura sécrétion conjonctivale, filaments de mucus dans les culs-de-sac, paupières collées au réveil, larmoiement, toutes choses qui n'existent pas ou du moins pas au même degré dans la sclérite diffuse.

L'iritis a aussi une zone d'injection périkeratique, mais la couleur terne de l'iris, la déformation de la pupille, la présence des exsudats ne peuvent un seul instant donner le change, la sclérite diffuse ayant pour principal caractère d'avoir un iris absolument normal.

Quant aux gommès de la sclérotique, (cas de Higgens) on ne peut les confondre avec une sclérite rhumatismale diffuse. En effet, les gommès syphilitiques restent toujours localisées aux mêmes points de la sclérotique, forment une saillie et sont peu douloureuses. Tous ces caractères les séparent franchement de la sclérite rhumatismale diffuse.

CHAPITRE VII

Traitement.

La sclérite rhumatismale diffuse est une maladie fort rebelle au traitement. Aussi ce n'est pas une chose facile que de trouver un traitement qui soulage le malade et atténue ses douleurs.

On a essayé de tout contre cette maladie et nous ne pouvons ici énumérer tous les traitements qu'on a employés. On trouvera d'ailleurs un traitement indiqué dans presque toutes les observations que nous donnons.

Nous allons indiquer le traitement qui nous paraît le plus rationnel.

On peut diviser le traitement en deux parties : le traitement local et le traitement général.

Le traitement local consistera dans l'emploi de la chaleur d'une façon méthodique et régulière. Mais pour l'emploi de la chaleur il est difficile de trouver une technique sûre qui réalise tout ce qu'on doit attendre de ce mode de médication. En effet, de tous les moyens que nous possédons, compresses chaudes, douches chaudes, cataplasmes, il n'en est aucun qui puisse donner une température uniforme pendant toute la durée de son emploi.

D'après M. le professeur Panas ce qui agit le mieux ce sont les compresses chaudes recouvertes d'un enduit imperméable (taffetas gommé). On trempe les compresses dans l'eau bouillante toutes les vingt minutes.

Dans notre deuxième observation l'emploi de cataplasmes très petits, renouvelés souvent et cela d'une façon très régulière pendant un certain nombre d'heures matin et

soir, ont produit une grande amélioration, suivant l'intensité du cas on fait varier la longueur du temps d'application des cataplasmes.

M. le D^r Ed. Meyer insiste sur la nécessité de mettre de très petits cataplasmes grands comme l'œil et que le malade soutient lui-même.

Tous les autres moyens en dehors de la chaleur donnent peu de résultats.

Tous les collyres sont nuisibles dans la sclérite rhumatismale diffuse. La plupart des liniments périorbitaires analgésiques n'ont d'autre effet utile que celui d'occuper le malade. Souvent la morphine reste inefficace contre les douleurs.

L'antipyrine a généralement une action sédative passagère. A ce propos il serait intéressant de rapprocher au point de vue du traitement, ainsi que l'a fait M. le D^r H. Huchard (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, avril 1894) les affections pararhumatismales comme la sclérite diffuse des affections parasymphilitiques. Ces dernières ont, en effet, pour caractère de résister au traitement spécifique de la même manière que les affections pararhumatismales résistent au salicylate qui peut jusqu'à un certain point être considéré comme un spécifique du rhumatisme. M. le D^r Huchard dit textuellement à l'occasion d'un cas de sclérite rhumatismale : « Vous pouvez donner contre cette affection douloureuse et rhumatismale autant de salicylate que vous voudrez et vous en donnerez alors toujours trop, vous n'obtiendrez pas la sédation des douleurs, seule l'antipyrine, dans le cas auquel je fais allusion, a réussi ».

Traitement général. — Puisque la maladie qui nous occupe est de nature rhumatismale, nous devons par conséquent instituer le traitement du rhumatisme. Aussi emploiera-t-on les alcalins et l'iodure de potassium pendant longtemps.

Dans notre deuxième observation le salicylate de soude fut donné à la dose de 3 grammes par jour (1 gramme par l'estomac et 2 grammes en lavement) concurremment avec les cataplasmes. Ce traitement, cataplasmes et salicylate de soude, employé d'une façon méthodique, donne d'excellents résultats.

Quand le malade est guéri de ses attaques, il doit, par mesure de précaution, faire un traitement régulier en prenant du salicylate de soude et de l'iodure de potassium et cela pendant très longtemps. Les purgatifs sont quelquefois utiles.

Il est probable que certaines eaux minérales seraient très utiles. Les eaux minérales qui conviennent dans le traitement des affections rhumatismales sont surtout celles à température élevée et, comme le dit Durand Fardel (*Eaux minérales*) : « Les eaux minérales agissent surtout dans le rhumatisme, par deux des éléments de la médication thermique : la thermalité et les procédés hydrothérapiques. » Durand Fardel conseille d'employer, dans les cas d'engorgements ou d'épanchements articulaires (manifestations rhumatismales qui se rapprochent de la sclérite et de la ténonite) consécutifs à un rhumatisme aigu encore récent, les eaux chlorurées sodiques de Néris, Plombières, Bains, Luxeuil. Dans les engorgements anciens et invétérés, il recommande l'emploi des boues de St-Amand et de Dax.

Dans un cas que nous avons observé, une saison à la Bourboule n'a donné aucune amélioration.

CONCLUSIONS

I. — La sclérite rhumatismale diffuse à marche aiguë ou subaiguë, douloureuse et superficielle forme un type clinique qu'il nous paraît utile de placer à côté de l'épisclérite et de la scléro-choroïdite antérieure à cause du pronostic.

II. — Elle a pour principaux caractères d'être aiguë ou subaiguë, très douloureuse, nettement liée au rhumatisme et de frapper par attaques successives.

III. — Elle reste localisée à la sclérotique, gagne quelquefois la capsule de Tenon, et guérit sans avoir touché rien autre chose, les autres membranes de l'œil demeurant absolument saines durant toute l'évolution de la maladie.

IV. — Ayant vu des malades qui avaient subi jusqu'à 10 attaques, sans que rien en fût résulté pour les membranes profondes, nous en concluons que les cas dont nous parlons sont en somme d'un pronostic favorable quant à la vision.

Vu :

Le Président de la thèse,
PANAS.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
